



La perception d'iniquité et les besoins psychosociaux des conjointes de personnes atteintes d'un cancer: quelle prise en charge TCC est efficace?

Colloque LYON
MAI 2015



Psychologie de la santé

Anne-Marie ETIENNE¹,
AM.Etienne@ulg.ac.be

Charlotte GREGOIRE¹, Aurélie WAGENER², Isabelle BRAGARD¹.

¹ Université de Liège, Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education, Psychologie de la santé, Liège, Belgique

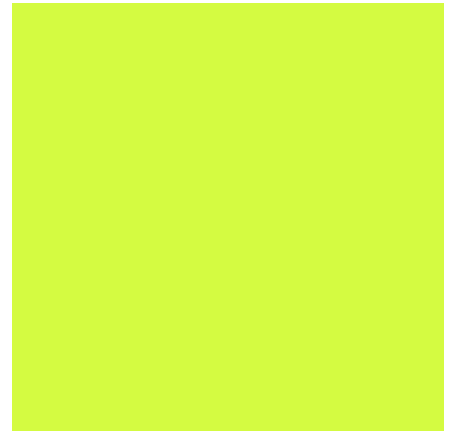
² Université de Liège, Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education, Psychologie clinique cognitive et comportementale, Liège, Belgique;

Université
de Liège





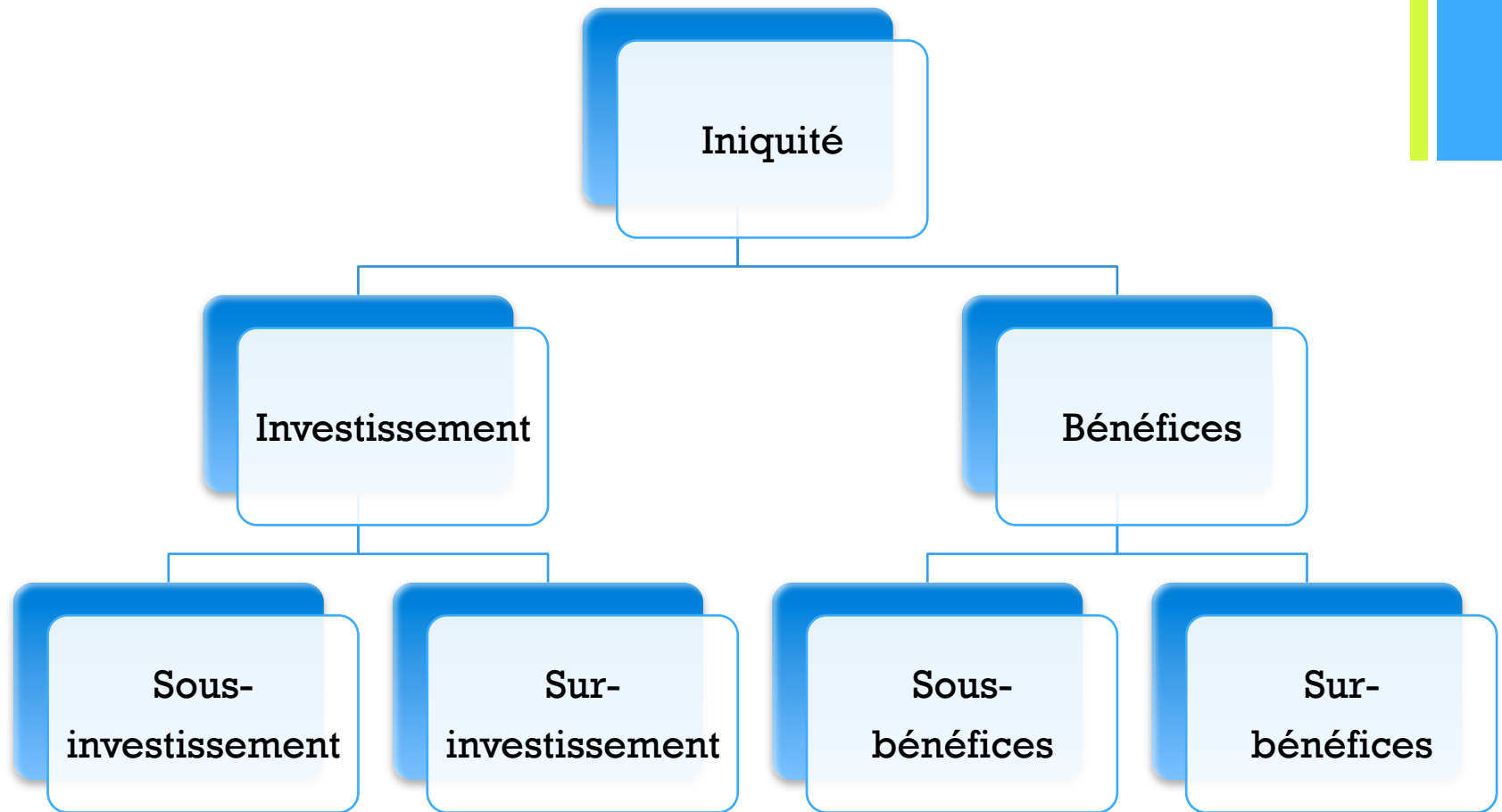
INTRODUCTION





La perception d'iniquité

3



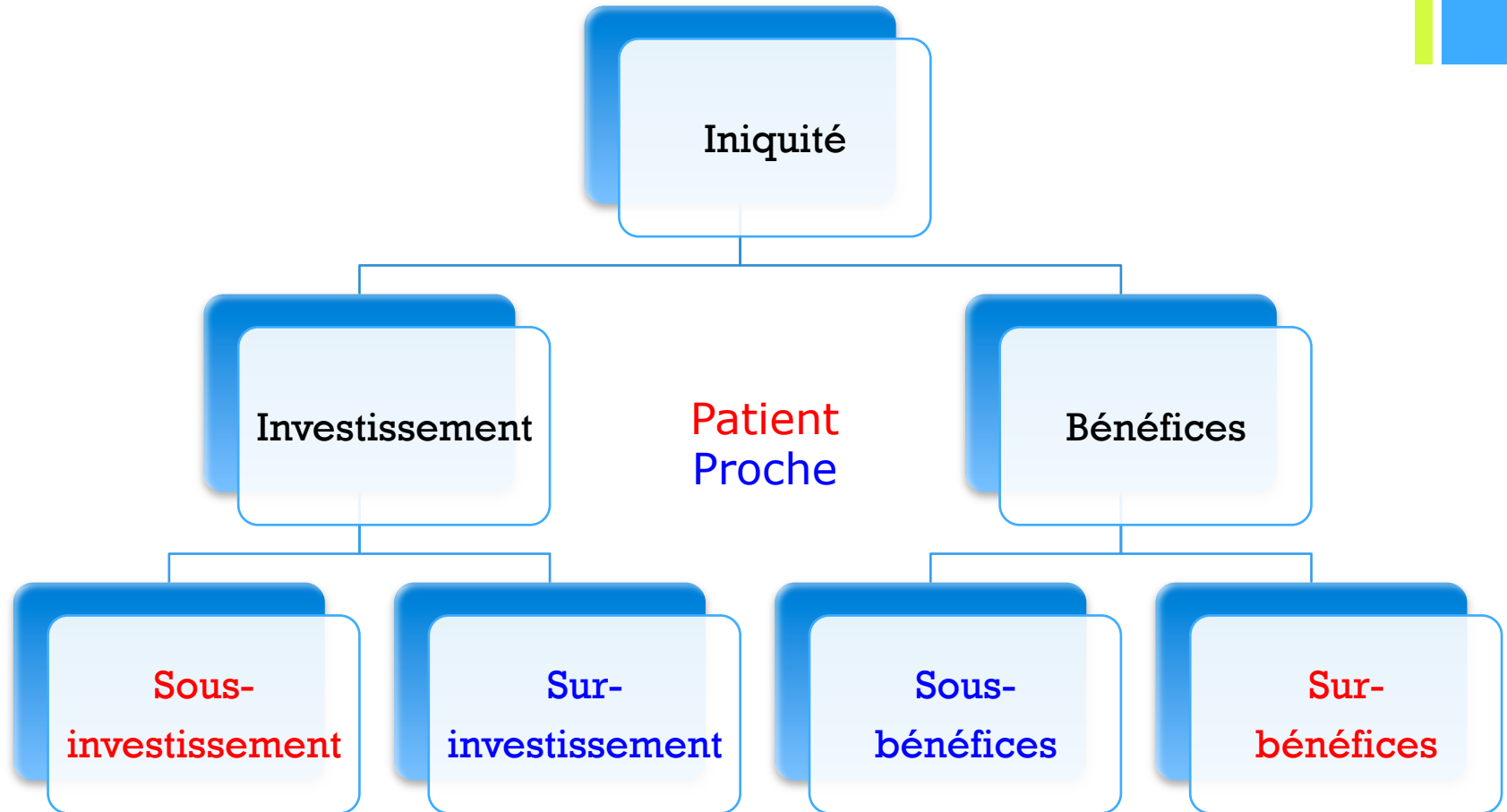
Kuijer R, Buunk B, Ybema J.. Pers Relatsh 2001;8(1):75—92.

Ybema J, Kuijer R, Buunk B, De Jong G, Sanderman R. Pers Soc Psychol Bull 2001;27(1):3—13.

Pinkert C, Holtgräwe M, Remmers H. Eur J of Onc Nursing 2013;17:81—7.



La perception d'iniquité



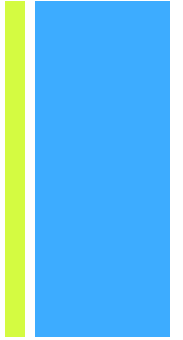
+ Les besoins psychosociaux

« Ce sont des aspects liés à la qualité de vie et aux relations sociales qui, du point de vue des patients et des aidants, sont **indispensables, importants, voire critiques**, pour leur capacité psycho-émotionnelle à vivre avec la connaissance de la maladie et ses conséquences sociales, et donc pour leur habileté à pouvoir conserver un rôle social ainsi qu'une vision unifiée d'eux-mêmes et de leur monde social »

(Thomas et al., traduit par Druet Ch. , 2010)



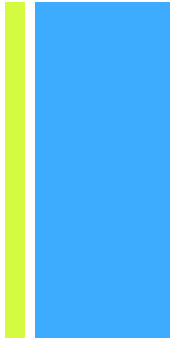
Les besoins psychosociaux : 7 catégories



- Les interactions avec les professionnels de la santé
- Les informations
- Le soutien
- Les soins aux enfants
- Les besoins émotionnels et spirituels
- Les besoins relatifs à l'identité
- Les besoins pratiques



Le conjoint et l'impact du cancer : 7 thèmes



- Dévastation émotionnelle suite à l'annonce du diagnostic
- Changement de priorité
- Modifications dans la relation de couple
- Influence de la réponse du patient sur la réponse du conjoint
- Influence des autres proches aidants principaux
- Rôle des membres de la famille
- **Nécessiter de s'intéresser à leur propres besoins**



CONTEXTE

ETUDE 0 :
M-CH. DRUET
(2010)

ETUDE 1 :
A. WAGENER
(2012)

ETUDE 2 :
CH. GREGOIRE
(2014)

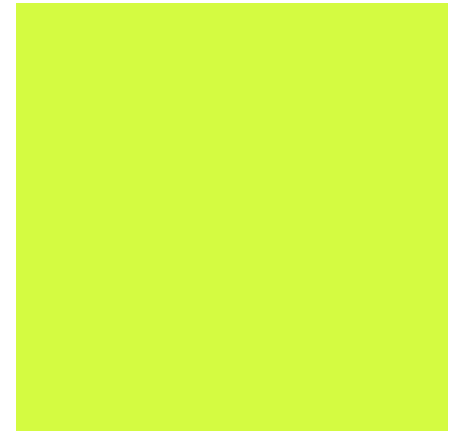
Druet M-C. Étude longitudinale des besoins psychosociaux de personnes en traitement ou en rémission de cancer en parallèle avec ceux de leur conjoint. Mémoire de licence en sciences psychologiques non publié. Liège: Université de Liège;2010.

Wagener A. Étude longitudinale des besoins psychosociaux des conjoints de personnes atteintes d'un cancer : Évaluation de l'efficacité de méthodes d'action : hiérarchisation des besoins psychosociaux et résolution de problème. Mémoire de licence en sciences psychologiques non publié. Liège: Université de Liège;2012.

Grégoire Ch. Les besoins psychosociaux des conjoints de personnes atteintes d'un cancer : évaluation de l'efficacité de la résolution de problèmes en présence ou non du patient. Mémoire de master en sciences psychologiques non publié. Liège: Université de Liège;20124



OBJECTIFS



+ Etude 1

Objectif principal :

Fournir aux conjoints des outils pour optimiser la satisfaction de leurs besoins psycho-sociaux.

■ Objectifs secondaires :

- (1) La combinaison de deux méthodes aura-t-elle un impact plus important et plus bénéfique sur les variables dépendantes que l'utilisation d'une seule, la hiérarchisation?
- (2) Evaluer l'influence de la perception d'iniquité sur l'utilisation de cette combinaison de méthodes d'action

■ **Comment ? A l'aide de deux méthodes d'action :**

- La hiérarchisation des besoins psychosociaux (voir supra le PNI).
- La résolution de problème appliquée au besoin le plus important et le moins satisfait.

+ Etude 2

Objectif principal :

La combinaison de ces deux interventions produit-elle des résultats différents selon que le conjoint est accompagné ou non du patient dans la démarche?

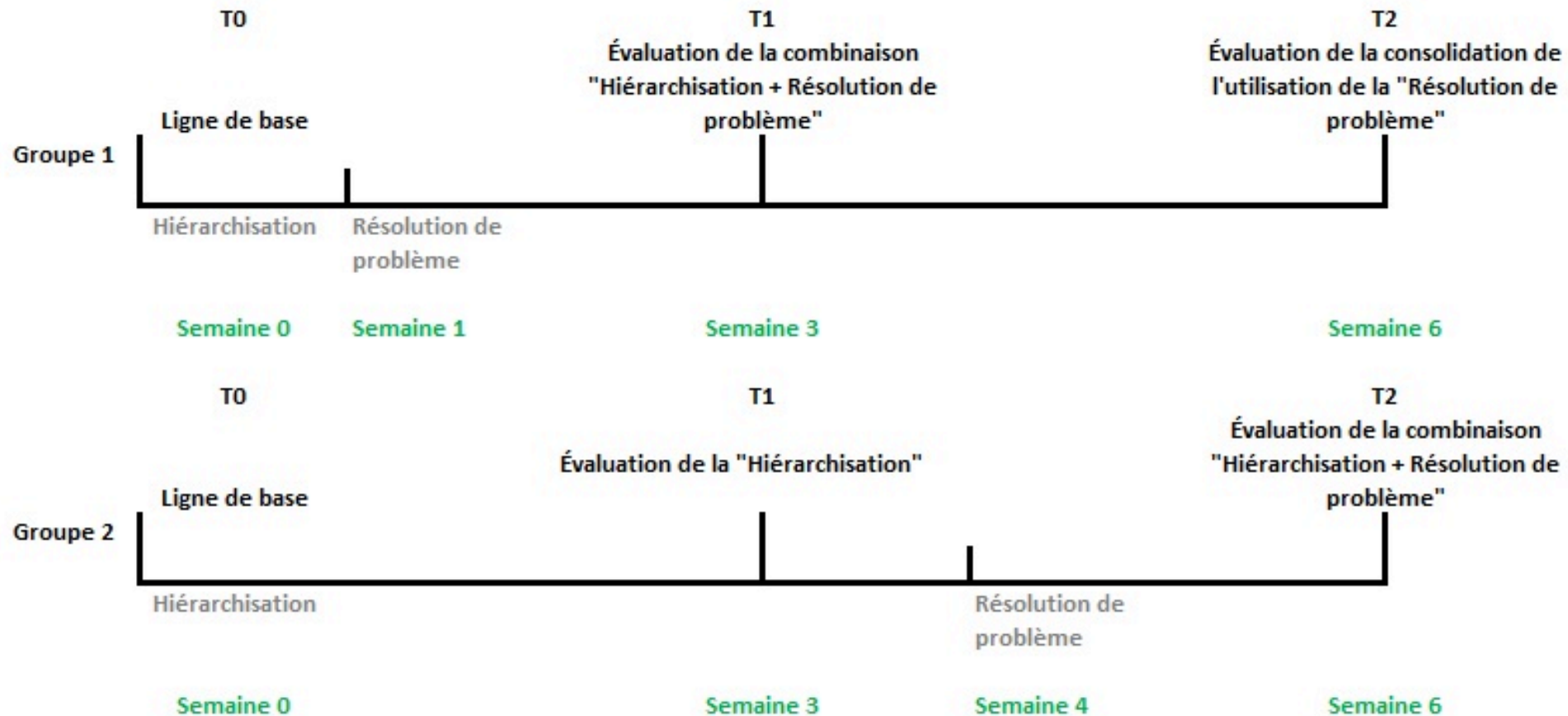
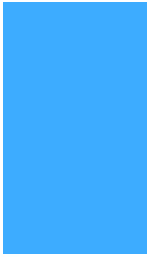
- L'hypothèse est que l'impact sera davantage positif chez les conjoints qui sont accompagnés par leur partenaire.
- Objectifs secondaires :
 - (1) L'intervention a-t-elle un impact sur les patients, qu'il soit inclus ou pas dans le groupe?.
 - (2) Le fait d'être accompagné ou non du patient va-t-il influencer le choix du besoin principal par le conjoint?



METHODOLOGIE :

Les participants = des conjoints de personnes atteintes d'un premier cancer dont le diagnostic est posé depuis au minimum trois mois (M = 6 mois) cohabitant avec les patients depuis au moins deux ans, maîtrisant la langue française et ne souffrant ni d'une maladie chronique, ni d'un trouble psychiatrique.

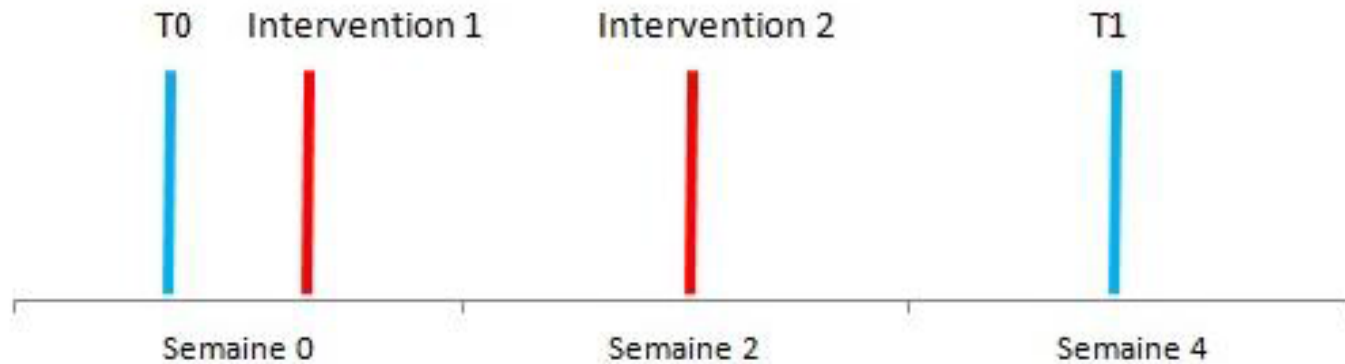
+ Etude 1 : Design



Wagener, A., Jonius, B., Devos, M., Germain, S., & Etienne, A.-M. (2012, December 18). Etude longitudinale des besoins psychosociaux des conjoints de personnes atteintes d'un cancer : hiérarchisation et résolution de problème. Poster session presented at 7ème Congrès de Psychologie de la Santé de langue Française, Lille, France.

+ Etude 2 : Design

- Cette étude adopte une perspective longitudinale : les participants sont évalués à deux reprises, avant et après l'intervention.



Grégoire, Ch., Bragard, I. & Etienne, A.-M. (2014, December 16). Les besoins psychosociaux des conjoints de personnes atteintes d'un cancer : évaluation de l'efficacité de la résolution de problèmes en présence ou non du patient. Poster session presented at 8ème Congrès de Psychologie de la Santé de langue Française, Liège, Belgique.

+ Etude 1 : Questionnaires

◆ T0 :

- ◆ Questionnaire de données sociodémographiques (Wagener, 2012)

◆ T0 & T1 (conjointes) :

- ◆ Psychosocial Needs Inventory – PNI (Thomas et al., 2001) ;
- ◆ Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS (Zigmond & Snaith, 1983) ;
- ◆ Perception Of Inequity – POI (Kuijet et al., 2004)
- ◆ Evaluation finale de la résolution de problèmes (Wagener, 2012)
- ◆ Evaluation de la consolidation de l'utilisation de la résolution de problèmes (Wagener, 2012).

+ Etude 2 : Questionnaires

◆ T0 :

- ◆ Questionnaire de données sociodémographiques (Wagener, 2012)

◆ T0 & T1 (conjointes) :

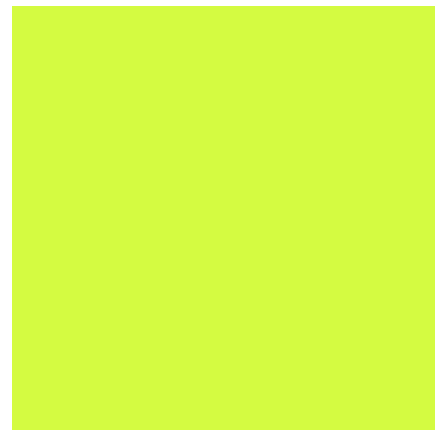
- ◆ Psychosocial Needs Inventory – PNI (Thomas et al., 2001) ;
- ◆ Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS (Zigmond & Snaith, 1983) ;
- ◆ Perception Of Inequity – POI (Kuijet et al., 2004)

◆ T0 & T1 (patients) :

- ◆ Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS (Zigmond & Snaith., 1983) ;
- ◆ Perception Of Inequity – POI (Kuijet et al., 2004) ;
- ◆ Echelle de Partage Social des Emotions – PSE (Rimé, 1989)

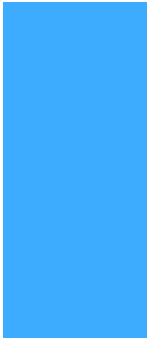


RESULTATS





Données sociodémographiques



Etude 1

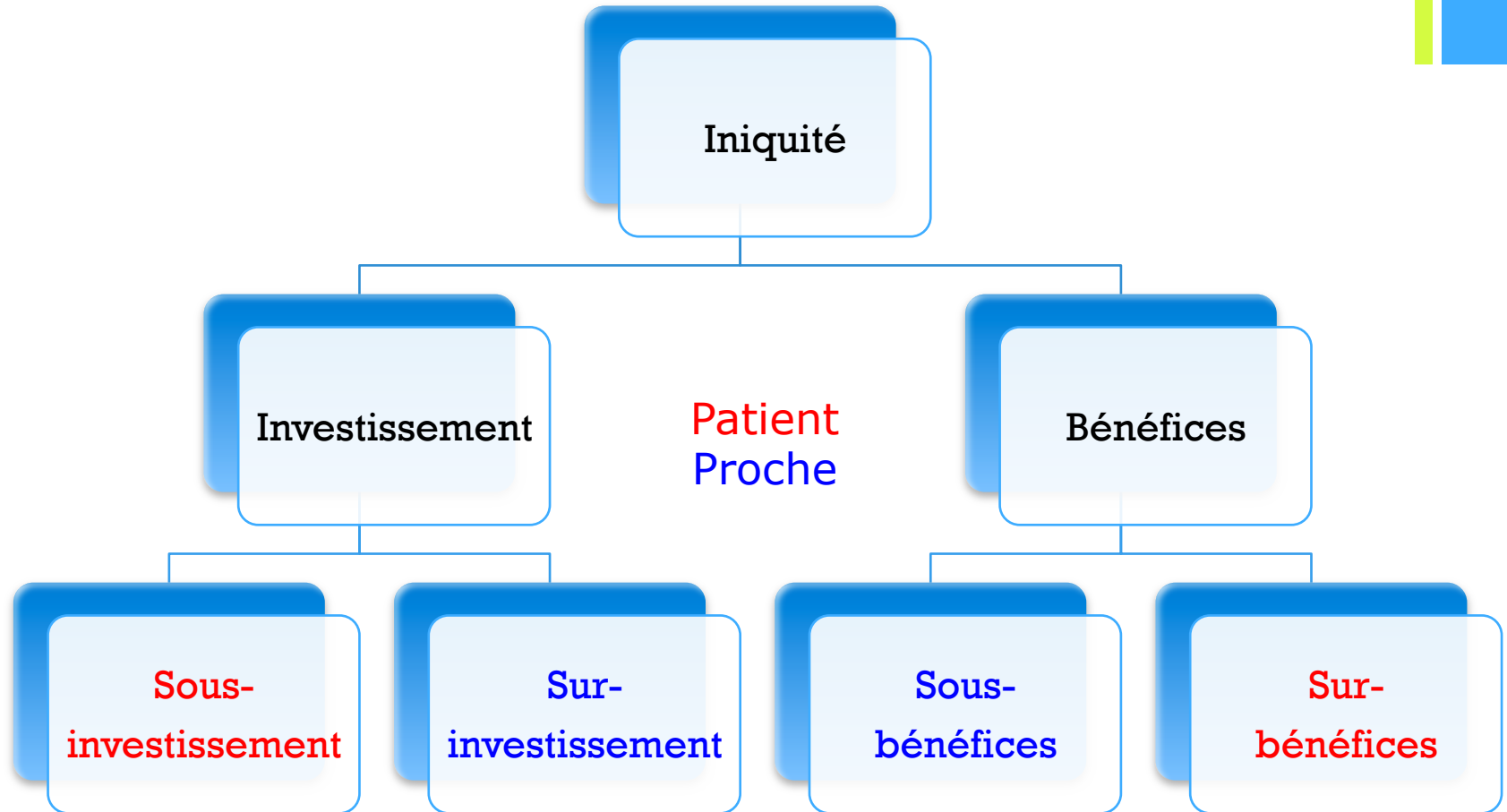
- ◆ 37 conjoints
- ◆ Groupe expérimental (GE) :
n = 19
 - ◆ 12 hommes et 7 femmes
 - ◆ Moyenne d'âge : 58 ans
(E-T = 11)
- ◆ Groupe témoin (GC) : n = 18
 - ◆ 11 hommes et 7 femmes
 - ◆ Moyenne d'âge : 57 ans
(E-T = 11)

Etude 2

- ◆ 23 couples / **randomisation**
- ◆ Groupe expérimental (GE) :
n = 12
 - ◆ 5 hommes et 7 femmes
 - ◆ Moyenne d'âge : 58 ans
(E-T = 13)
- ◆ Groupe contrôle (GC) : n = 11
 - ◆ 5 hommes et 6 femmes
 - ◆ Moyenne d'âge : 64 ans
(E-T = 10)



La perception d'iniquité : rappel





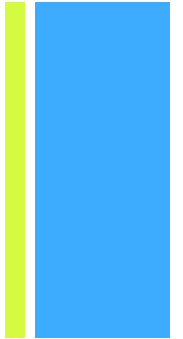
Etude 1 : Données comparatives



- Chez les conjoints du GE, les comparaisons indiquent
- Une diminution du nombre de besoins psychosociaux importants et insatisfaits ($F = 9.08 ; p = .006$)
- Une absence de prédominance d'une des deux dimensions de la perception d'iniquité sur l'autre.



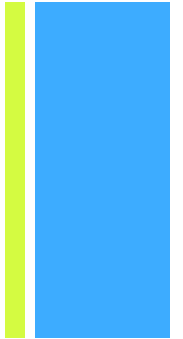
Etude 1 : Données comparatives



- Chez les conjoints du GC, les comparaisons indiquent,
 - Entre T0 et T1, une augmentation statistiquement significative du nombre de besoins psychosociaux insatisfaits :
 $F(1,26) = 6,34, p = 0,018$
 - Entre T1 et T2, une diminution statistiquement significative du nombre de besoins psychosociaux importants et insatisfaits :
 $F(1,26) = 5,92, p = 0,022.$



Etude 2 : Impact sur le conjoint



- Après l'intervention, les comparaisons indiquent
 - Une amélioration de la satisfaction liée au besoin sélectionné ($F = 19,94 ; p = .000$),
 - Une absence de diminution significative de la détresse ($F = 2,44 ; p = .135$).



Etude 2 : Impact sur le conjoint



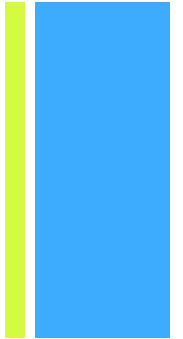
Données qualitatives :

57% des conjoints rapportent une expérience positive après l'intervention (bienfaits du dialogue, changement comportemental...);

Cette expérience positive est toujours davantage rapportée dans le GC que dans le GE (70% contre 45,45%).

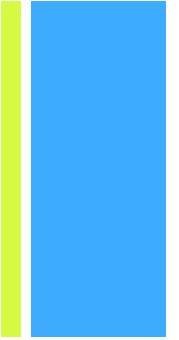


Etude 2 : Impact sur le patient



- Le sentiment de sous-investissement et de sur-bénéfice ressenti par les patients a diminué après l'intervention ($F = 9,02$; $p = .007$), bien que l'on ne note aucune différence significative entre les groupes.
- Les patients du GE observent par ailleurs une diminution des réactions aidantes de leur conjoint envers eux, alors que c'est l'inverse dans le GC ($F = 7,80$; $p = .012$).

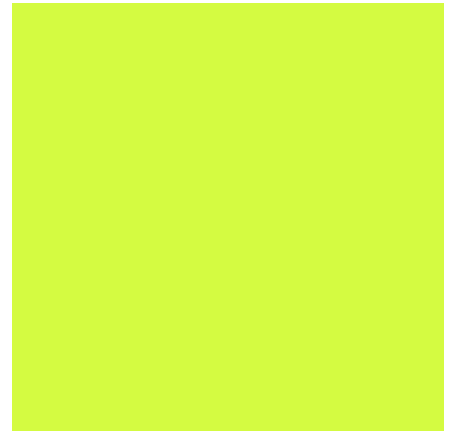
+ Limites des résultats



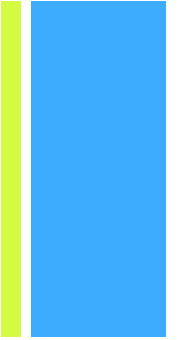
- La taille des échantillon.
- Le moment où la prise en charge est proposée (cf. étude 0)
- Le nombre de séances proposées pour l'intervention.



Discussion / Conclusions



+ Quelques pistes



- Les interventions proposées ont un effet positif :
 - Chez le conjoint, car elles permettent d'améliorer la satisfaction relative à un besoin précis.
 - Chez le patient, car il se sent moins sous-investi dans la relation.
- Quid de la présence du patient lors des interventions?
 - une prise en charge individuelle, de couple à certains moments de la maladie.
- Quid des méthodes d'action?
- Quelle place dans le travail multidisciplinaire?
- Quel processus en jeu : l'iniquité ou l'incertitude?



Merci pour votre attention

